



Välkommen att fylla i din egenremiss som du postar in till oss, adressen hittar du längst ner på sidan.

Personuppgifter

Förnamn _____ Efternamn _____

Adress _____

Postnummer _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Personnummer _____

Orsak till önskat besök

Vad har du för besvär/symptom? _____

Hur länge har du haft besvär? _____

Äter du mediciner och i så fall vilka? _____

Har du sökt vård för det här tidigare och i så fall hos vem? _____

Är du sjukskriven nu? _____

Godkänner du att vi begär in journalkopior hos läkare du angett ovan? _____

Underskrift _____ Namnförtydligande och datum _____

Om du har några frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta oss via vårdportalen. www.uromedical.se eller på telefon 031-812523

UroMedical vid Carlanderska adress:

Carlandersparken 1
405 45 Göteborg